

Mindfulness

Deze tekst heb ik in 2013 geschreven en is als hoofdstuk 3: Mindfulness gepubliceerd in: Vreeswijk, van, M. F., Broersen, J. & Schurink, G. (2014). Mindfulness and Schema Therapy: A Practical Guide. Oxford, Wiley-Blackwell. ISBN: 978-1-118-75317-0

Mindfulness

Mindfulness is het opmerken en toelaten van gedachten en gevoelens die er op dit moment zijn. Het kan geleerd worden door gerichte aandachtsoefeningen en kan heel concreet geïntegreerd worden in bestaande therapiemethoden en trainingen bij allerlei psychische klachten. Centraal in deze praktische toepassing van mindfulness staat dat men oude, ingesleten en automatische emotionele reactiepatronen leert herkennen als ze zich voordoen, waarbij de aandacht gericht wordt op de emotionele lichamelijke reacties bij het patroon. Uit dit steeds weer bewust worden en toelaten ontstaat er geleidelijk acceptatie en ruimte om op een andere manier te handelen. Door oefenen leren patiënten deze vaardigheid toe te passen bij hun psychische klachten.

Een dagelijks voorbeeld kan dit verduidelijken. Stel je krijgt kritiek van iemand. Dit levert direct een onaangename spanning op. Gedachten schieten door je hoofd en in je lichaam voel je een beklemming rond je borst, een snellere hartslag en je merkt dat je warm wordt en een kleur krijgt. Je slikt in wat je eigenlijk zou willen zeggen. Uren later heeft het voorval je nog in de greep. Je maalt door over wat er precies gebeurt is, wat je eigenlijk had willen zeggen maar niet durfde en hoe je het een volgende keer zou moeten aanpakken.

Mindfulness helpt om dit soort automatische patronen bewust te worden. Je leert de terugkerende verhaaltjes in je hoofd te herkennen zoals; in ben niet de moeite waard, ik ben incompetent of ik ben machteloos. Je merkt op dat je dingen in je lijf voelt die je niet wilt voelen. Je komt erachter dat veel van wat je denkt en doet allemaal tot doel heeft om onaangename, pijnlijke gevoelens kwijt te raken. We staan voortdurend in een 'doe-stand': we zijn steeds bezig in het doen en in het denken om iets voor elkaar te krijgen. Meditatie leert ons om in de 'zijn-stand' te komen en te blijven. We laten alle ervaringen toe, ook diegene die we niet willen hebben, in plaats van automatisch en impulsief te reageren. Hierdoor verliezen oude ingesleten reactiepatronen hun kracht en ontstaat er vrijheid om anders te reageren.

Ontstaan van op mindfulness gebaseerde behandelmethoden

De mindfulness-training, zoals beschreven in dit boek, is ontleend aan de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). MBCT werd vanaf 1995 ontwikkeld als groepstraining voor patiënten met recidiverende depressies en wordt sinds enkele jaren ook steeds meer toegepast bij andere stoornissen en in individuele behandelingen (Teasdale, Segal & Williams, 1995).

In het Westen kwam de belangstelling voor meditatie als therapeutische methodiek in de jaren zestig van de vorige eeuw op gang (Germer, 2005). Vanaf de jaren tachtig in de vorige eeuw deed hier mindfulness-meditatie haar intrede. Jon Kabat Zinn is een pionier die deze vorm van meditatie toepaste in een medische setting voor patiënten met pijn- en psychosomatische klachten. Zijn methodiek, de "Mindfulness Based Stress Reduction" genoemd (MBSR, Kabat-Zinn, 1990), bestaat uit een intensieve mindfulness-training van acht wekelijkse bijeenkomsten van drie uur waarbij patiënten verschillende meditatietechnieken en yoga-oefeningen leren.

Ook Teasdale, Segal & Williams (1995) hebben pionierswerk verricht. Het ontbreken van een succesvolle aanpak bij recidiverende depressie was voor hen de aanleiding om "Mindfulness Based Cognitive Therapy" (MBCT) te ontwikkelen. Zij integreerden MBSR met methoden uit de cognitieve gedragstherapie om terugval te voorkomen bij patiënten die drie of meer depressies achter de rug

hebben. De resultaten van dit programma waren goed. Over een follow-up periode van zestig weken werd het percentage terugval in een nieuwe depressieve periode met ongeveer de helft verminderd vergeleken met de controlegroep die een standaardbehandeling kreeg (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004).

Door deze eerste goede resultaten is het enthousiasme en optimisme in de toepassingsmogelijkheden van mindfulness in de afgelopen jaren enorm toegenomen. Er zijn honderden populaire boeken over mindfulness verschenen en er is inmiddels een grote hoeveelheid onderzoeksliteratuur over mindfulness zoals kwalitatief onderzoek, gecontroleerde klinische trials en neurowetenschappelijke studies. Black (2013) geeft een overzicht van het aantal wetenschappelijke publicaties per jaar. In 2002 waren dat er 28 en in 2011 was gestegen tot 397 per jaar. Veel studies laten positieve effecten zien van op mindfulness gebaseerde interventies.

Het succes van mindfulness in de klinische praktijk sluit aan bij de opkomst van een nieuw type behandelmethoden. De visie van Hayes (2005) is hierbij verhelderend. Volgens hem kunnen drie generaties van gedragstherapeutische behandelingen onderscheiden worden. Tijdens de eerste generatie zag de gedragstherapie het daglicht. Typisch aan deze vorm van gedragstherapie is de nadruk op leerpsychologische principes zoals klassieke en operante conditionering. Met de opkomst van de cognitieve revolutie in de psychologie ontstond de cognitieve gedragstherapie, de tweede generatie. Een aanname hierin is dat psychische problemen ontstaan of in stand gehouden worden door verstoringen in specifieke cognitieve functies en schema's. Behandelingen richten zich op het wijzigen van disfunctionele gedachten om het probleemgedrag te doen verdwijnen of onder controle te krijgen. In de derde generatie van behandelmethoden gaat het niet zozeer om het bijstellen, maar om het veranderen van de houding tegenover disfunctionele gedachten, gevoelens en gedrag. Deze 'derde golf' bestaat momenteel uit vier op effectiviteit onderzochte en werkzame behandelprogramma's waarin mindfulness een belangrijke plaats inneemt: Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), Dialectische Gedragstherapie (DGT) en Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Bovendien zijn er verschillende op mindfulness gebaseerde interventies (MBI) en behandelingen waarin mindfulness geïntegreerd is in cognitieve gedragstherapie, die niet in de bovengenoemde vier programma's passen. Segal, Williams en Teasdale (2006) voorspelden dat op mindfulness gebaseerde behandelingen zouden leiden tot grote veranderingen in de therapeutische werkwijzen. Die voorspelling is uitgekomen op een manier die zij niet verwacht hadden. In de tweede herziene uitgave van het gezaghebbende boek, Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, spreken ze van een totaal onverwachte explosie van belangstelling in het gebruik van mindfulness voor een groot aantal lichamelijke en geestelijke aandoeningen (Segal, 2013).

Definitie

Eenvoudig uitgedrukt is mindfulness in het kader van MBCT; 1) opmerkzaam zijn van wat er op dit moment ervaren wordt (zintuiglijke indrukken, gedachten en gevoelens); 2) toelaten wat er ervaren wordt zonder automatisch maatregelen te nemen in het denken (analyseren, plannen, fantaseren, beoordelen, redeneren) of in het gedrag (vermijdingsgedrag, afleiding zoeken).

Er is verwarring rond het begrip mindfulness. Er zijn meerdere definities in omloop en het woord 'mindfulness' wordt op verschillende manieren gebruikt: als meditatietechniek (formele mindfulness-meditatie), als geestestoestand (mindful zijn), als vaardigheid (mindful reageren) en als behandelmethode (de toepassing bij klachten).

Vanwege deze verwarring rond het begrip mindfulness hebben een aantal deskundigen op het gebied van de therapeutische toepassing van mindfulness consensusbijeenkomsten georganiseerd om tot een meetbare omschrijving van mindfulness te komen. Bishop et al. (2004) beschrijven mindfulness als een continuüm van mentale processen die proberen te begrijpen hoe functionele en disfunctionele gedachten, gevoelens en gedrag plaatsvinden met de bedoeling om de eerste te laten toenemen en de

tweede te laten afnemen in het dagelijks leven.

Ze stellen een operationele definitie met twee componenten voor.

De eerste component betreft sturen van de aandacht, en houdt in dat de aandacht gericht is op de zintuiglijke ervaringen en de mentale gebeurtenissen in het huidige moment. De tweede component is de houding die open en uitnodigend is tegenover alle innerlijke ervaringen: elke gedachte, gevoel en lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er een intentioneel waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.

Het sturen van de aandacht

Het richten van de aandacht is de eerste stap. Het doel is om van moment tot moment actief opmerkzaam te zijn op wat zich aandient via de zintuigen en in de vorm van gedachten. De aandacht kan hierbij breed zijn en alles omvatten of op een specifiek aspect gericht zijn zoals de emotionele reacties in het lichaam. Daarvoor is een concentratie nodig die stabiel genoeg is en enige tijd volgehouden kan worden. Als hulpmiddel wordt tijdens het oefenen en bij het toepassen in het dagelijkse leven meestal het voelen van de adem genomen. Dit is het focuspunt waarop het merendeel van de aandacht gericht is. Het vermogen om afleidingen te herkennen en steeds weer terug te keren naar het onderwerp van de aandacht is een belangrijk aspect. De kernvaardigheid bij mindfulness is het doorbreken van de 'automatische piloot', van het reageren zonder ons dat bewust te zijn (Segal, Williams & Teasdale, 2004). Zo wordt meta-bewustzijn getraind, het vermogen van de menselijke geest om naar zichzelf te kijken en als het ware op afstand de eigen toestand en activiteiten waar te nemen. Je handelt dan niet op de automatische piloot maar op handmatige bediening.

De open en accepterende houding

De tweede component van mindfulness is het ontwikkelen van een open en accepterende houding tegenover gedachten, gevoelens en lichamelijke reacties. Acceptatie ontstaat als we het onaangename toelaten, zonder beperkingen, zonder te evalueren, zonder pogingen iets vast te houden of weg te werken. Deze houding staat haaks op onze gebruikelijke houding: beoordelen en van daaruit handelen. Segal et al. (2004) noemen deze dominante stand de "doe-stand" (Segal, Williams & Teasdale, 2002, doing-mode) die automatisch wordt ingeschakeld als ons brein een verschil constateert tussen onze huidige en de gewenste toestand. Dat is het duidelijkst merkbaar als er onaangename gedachten en/of gevoelens zijn. Er wordt gezocht naar een verklaring en oplossing om zo het onaangename te laten stoppen. Deze stand verdwijnt pas als er een oplossing gevonden is of omdat andere meer urgente taken de aandacht opeisen om later, als er ruimte voor is, weer terug te keren. Trefwoorden bij de doe-stand zijn: analyseren, beoordelen, evalueren, oplossen, presteren, toetsen, plannen, doelen bereiken, veranderen en een gefixeerde aandacht. De doe-stand is geschikt bij praktische, technische en intellectuele taken maar is zo ingebakken dat hij ook automatisch ingeschakeld wordt bij emotionele problemen.

Als emoties een rol spelen is de "zijn-stand" ("being mode"), die in veel opzichten het tegenovergestelde is van de doe-stand, meer geschikt. De zijn-stand kenmerkt zich door: niet-oordelen, toelaten, niet-streven, accepteren, begrijpen op basis van directe ervaring en een bredere aandachtfocus (Segal et al., 2004).

Mindfulness-oefeningen en toepassingen

In een op mindfulness gebaseerde therapie staat het trainen van mindfulness en het leren toepassen van deze vaardigheid in situaties die inadequate reacties of psychische klachten triggeren centraal. Vooral de MBSR en MBCT maken veel gebruik van formele meditatieoefeningen die tot 45 minuten kunnen duren en dagelijks gedaan worden. De ACT en de DGT daarentegen hebben een grote variatie aan psycho-educatie en oefeningen om mindfulness te bevorderen waarbij mediatie-oefeningen maar een bescheiden rol spelen.

In dit hoofdstuk bespreken we de meditatie-oefeningen en de rechtstreekse toepassingen ervan. De verschillende meditatie-oefeningen hebben de zelfde basisinstructies en doelen. De meest gebruikte mindfulness-oefening, de meditatie gericht op de ademhaling wordt besproken waarna een aantal andere meditatie-oefeningen en toepassingen worden toegelicht.

Meditatie gericht op de ademhaling

Rechtop zittend, in een ontspannen en alerte houding, wordt de aandacht gefocust op lichamelijke sensaties bij het ademen. De aandacht dwaalt regelmatig af en de instructie is steeds om dit op een vriendelijke manier op te merken en de aandacht weer naar de taak, in dit geval de waarneming van de ademhaling terug te brengen. Het doel is niet om te leren exclusief te focussen op het ademen en de rest te negeren, maar om met de ademhaling als primair object van aandacht een open opmerkelijke houding te cultiveren tegenover alles wat zich aandient zonder daar direct op te reageren. Met andere woorden, er wordt opgemerkt dat er allerlei gedachten, gevoelens en impulsen opkomen. Deze worden niet genegeerd, geanalyseerd of weggedrukt maar worden toegelaten zonder er verder iets mee te doen terwijl de aandacht grotendeels gericht blijft op het ademen. Het is dus letterlijk een aandachtstraining die tot doel heeft de vaardigheid te ontwikkelen om uit de 'automatische piloot' (doe-stand) te stappen. Patiënten worden aangemoedigd deze vaardigheid zoveel mogelijk in het dagelijkse leven toe te passen, met name als disfunctionele emotionele patronen de kop op dreigen te steken. Door mindfulness is er als het ware een 'time-out' tussen de ervaring en de onmiddellijke reactie op die ervaring en wordt er van de automaat op handbediening overgeschakeld. Er ontstaat vrijheid en ruimte voor een andere manier van reageren. Uitvoerige en heldere uitleg over mindfulnessmeditatie is te vinden bij Gunaratana (2005), Smalley (2010).

Meditatie gericht op lichamelijke gewaarwordingen

Hier wordt de aandacht gericht op sensaties in het lichaam. Dat kunnen zowel puur fysieke gewaarwordingen zijn zoals het contact met de zitting van de stoel, als emotionele reacties zoals spanning in de borststreek.

Er zijn twee varianten van deze oefening. Bij de bodyscan passeren achtereenvolgens stap-voor-stap de verschillende lichaamsdelen de revue.

Bij de andere variant is er een open, brede aandacht voor het lichaam als geheel. Als een bepaalde lichamelijke gewaarwording op de voorgrond staat wordt daar de aandacht op gericht totdat de aandacht getrokken wordt door weer een andere gewaarwording.

De instructie is steeds het opmerken en toelaten van aanwezige gewaarwordingen in de lichaamsdelen zonder er iets aan te willen veranderen.

Meditaties gericht op diverse objecten

Naast de ademhaling en lichamelijke gewaarwordingen kan men in de meditatie de aandacht richten op geluiden, op gedachten in de vorm van woorden of zinnen (innerlijke spraak) en op gedachten in de vorm van beelden (herinneringen, fantasieën). Keuzeloze aandacht is een andere meditatie-oefening, waarin de aandacht breed is en alles omvat. Er is geen vast aandachtspunt. Men stelt zich volledig open voor wat er zich in het bewustzijn aandient en weer verdwijnt zonder iets te doen.

Meditatie in beweging

Loopmeditatie is een wijdverspreide meditatievorm. Het kan zinvol zijn als afwisseling van de zittende oefeningen. De aandacht is allereerst uitsluitend gericht op de afwikkeling van de voeten bij het lopen en kan geleidelijk van daaruit verbreed worden naar de rest van het lichaam.

Loopmeditatie en andere vormen van meditatie in beweging kunnen in een langzaam tempo gedaan worden of met de gebruikelijke snelheid en helpen om mindfulness-vaardigheden te generaliseren naar het dagelijks leven.

Mindfulness bij dagelijkse activiteiten

Naast de bovengenoemde mindfulness-oefeningen die bijvoorkeur dagelijks op vaste tijden gedaan worden, zijn er aandachtsoefeningen waarbij dagelijkse activiteiten met grote opmerkzaamheid gedaan worden (Kabat-Zinn, 1990). Routineactiviteiten zoals tandenpoetsen, douchen, afwassen, de trap af lopen of iets eten zijn geschikt, maar ook spontane momenten, bijvoorbeeld als men even moet wachten, een stukje moet lopen of het opnemen van de telefoon. Een andere mindfulness-oefening is enkele keren gedurende de dag kort de aandacht te focussen op het ademen en vervolgens op wat er in dat moment in de waarneming op de voorgrond staat. Het doel is ook hier om niet direct, automatisch en impulsief te reageren en meer stil te staan bij wat er op dat moment ervaren wordt voordat er actie volgt.

Ademruimte

Een specifieke toepassing, ontwikkeld door Segal et al. (2002,2013), is de " drie minuten ademruimte". Deze is speciaal bedoeld om mindfulness in het dagelijkse leven te gebruiken als gewoontepatronen getriggerd worden. De ademruimte geeft patiënten de mogelijkheid om ad hoc uit de 'automatische piloot' te stappen. Er zijn drie stappen die telkens ongeveer een minuut in beslag nemen. De eerste stap is het bewust worden van lichamelijke gewaarwordingen, gedachten of gevoelens van dat moment. Dan wordt in de tweede stap de aandacht zo volledig mogelijk op het waarnemen van het ademen gericht en in de derde stap wordt de aandacht uitgebreid naar de lichamelijke gewaarwordingen terwijl de ademhaling op de achtergrond gevoeld wordt. Het motto is steeds: "het is goed...wat het ook is, het is er al: laat me het voelen (Williams et al., 2007)".

Mindfulness-meditatie rond een specifieke moeilijkheid

Een emotioneel geladen thema kan ook het onderwerp van meditatie zijn (Segal, 2013). De instructie is dan om de aandacht te verdelen tussen de gewaarwordingen bij het ademen en die plaatsen in het lichaam waar de emoties het sterkst voelbaar zijn. De aandacht kan tijdelijk meer naar het ademen verplaatst worden als de emoties te heftig worden.

Mindful exposure

Als er sprake is van actuele belastende ervaringen, traumatische herinneringen of verwerkingsproblemen kan een door de therapeut begeleide mindful exposure gebruikt worden. Er wordt een beeld gekozen dat de nare ervaring van de patiënt het beste weergeeft. Vervolgens vraagt de therapeut om de 10 à 20 seconden steeds naar de lichamelijke reacties met de instructie om alles wat opkomt toe te laten en niets te doen. Hoewel het stappenplan bij de standaardprocedure in gedragstherapie en de mindful exposure in grote lijnen hetzelfde is zijn er belangrijke verschillen in de instructies. De gebruikelijke uitleg voor exposure is: "Als je de confrontatie met de problematische (meestal angstwekkende) situatie volhoudt dan zul je merken dat je emotionele reactie afneemt en dat je (meestal angstige) voorspelling niet uitkomt". Met andere woorden, de verwachting is dat het nare gevoel afneemt en dat irrationele gedachten verdwijnen. Dit is niet de visie bij mindful exposure. In de stijl van alle mindfulness-oefeningen is ook hier de instructie om het gevoel zoveel mogelijk toe te laten en te focussen op de lijfelijke reacties, niets te verwachten en niets te doen. Het paradoxale is dat, meestal op termijn, het loslaten van de controle uiteindelijk leidt tot veranderingen. Het doel is niet om de frequentie en de ernst van de emoties te reguleren maar om een open en accepterende houding te cultiveren.

De keuze en de volgorde van de meditatieoefeningen hangt af van de aard van de problematiek, het behandelplan en de wensen en mogelijkheden van de patiënt. Het gebruik van op mindfulness gebaseerde interventies kan een volledige training omvatten in alle hierboven geschreven oefeningen of de toepassing van één of enkele interventies in het kader van een bestaande (protocollaire) behandeling (Rapgay,2013).

De tijd die aan de meditatie-oefeningen besteed wordt

In mindfulness groepstrainingen en in op mindfulness gebaseerde individuele behandelingen wordt over het algemeen geadviseerd om in de trainings- of therapie sessie 30 tot 45 minuten te mediteren en elke dag, tussen de sessies, dezelfde tijd te besteden aan mindfulness-oefeningen. Ook na de groepstraining wordt aangeraden dagelijks te blijven mediteren.

Carmody en Baer (2009) vonden in een meta-analyse van 30 studies dat de gemiddelde voorgeschreven oefentijd 45 minuten gedurende 6 dagen per week is. Ook wordt er in trainingen gevraagd om mindfulness toe te passen bij dagelijkse bezigheden, de zogenaamde informele oefeningen. Bovendien is er in veel MBSR-trainingen een stiltedag en wordt therapeuten en trainers aangeraden om regelmatig een meerdaagse retreat te volgen om hun deskundigheid te verdiepen. Deze oefentijd, die gebruikelijk is wanneer er om spirituele redenen gemediteerd wordt, is rechtstreeks overgenomen bij de psychotherapeutische toepassing van mindfulness. De veronderstelling is dat veel en regelmatig mediteren noodzakelijk is. Meer is beter, blijkt niet te kloppen met de resultaten die gevonden zijn in verschillende studies.

Uit onderzoek blijkt echter steeds vaker dat er een onduidelijke of geen relatie is tussen de tijd die aan meditatie besteed wordt, tijdens formele en informele oefeningen en de positieve effecten ervan.

Davidson (2003) onderzochten de neurologische en biologische veranderingen na het volgen van een mindfulness training en concludeerden dat er geen verband is tussen positieve veranderingen en oefentijd. Ook Hölzel (2011) die het effect van mindfulness op het brein onderzocht, vond geen relatie tussen oefentijd en veranderingen.

In een recent onderzoek naar een verkorte MBSR-training voor het bedrijfsleven door Klatt (2008) was de totale oefentijd zes uur. De deelnemers mediteerden op de vijf werkdagen telkens twintig minuten 's middags op hun werk. De gangbare oefentijd in een MBSR-training is meer dan twintig uur over tien weken. De effecten van de verkorte training, (een derde oefentijd) waren significant op waargenomen stress en factoren zoals slaapkwaliteit en vergelijkbaar met het normale MBSR-programma. In een meta-analyse van dertig studies komen Carmody en Baer (2009) tot de conclusie dat de duur van het mindfulness-programma niet samenhangt met de grootte van het effect.

Vettese (2009) vond in een meta-analyse 24 studies met gegevens over de oefentijd en de resultaten. De gemiddelde oefentijd bedroeg 31,8 minuten per dag met een spreiding van 5 tot 58 minuten per dag. Ze concludeert dat in bijna de helft van de studies er geen ondersteuning is voor de veronderstelling dat meer oefenen leidt tot betere resultaten. In de studies die wel een relatie tussen oefentijd en positieve effecten lieten zien zaten vooral deelnemers die zichzelf hadden aangemeld of werkzaam waren in de gezondheidszorg. Dit suggereert dat bekendheid met mindfulness en een positieve verwachting (deels) verantwoordelijk zijn voor de resultaten.

Perich (2013) deed een onderzoek naar MBCT bij bipolaire klachten en vond geen verband met de hoeveelheid meditatie tijd gedurende de training en psychiatrische symptomen bij de nameting. Bovendien bleek dat degenen die in de follow-up van 12 maanden na de training doorgingen met de meditatieoefeningen geen significante verbetering op psychiatrische symptomen lieten zien vergeleken met deelnemers die niet bleven oefenen.

In de conclusies van hun meta-analyse van 39 studies met in totaal 1140 deelnemers schrijven Hofmann et al. (2010) dat de op mindfulness gebaseerde behandelingen een robuust positief effect hadden op angst- en stemmingsstoornissen zonder dat er een relatie was met de omvang van de trainingen. De meeste trainingen hadden een omvang van acht bijeenkomsten. De kortste en de langste training hadden respectievelijk 6 en 12 sessies. Bij veel trainingen was er een retreat van een halve of hele dag.

Bowen (2012) vond dat de mate waarin geoefend werd tussen de trainingssessies in een 8 weken durende training positief gerelateerd was aan mate van mindfulness direct na de training, maar niet bij de follow-up na twee en vier maanden

In de meest recente meta-analyse (Khoury, et al. 2013) bleek er geen consistente relatie te zijn tussen het aantal trainingssessies en het opgeven huiswerk en de effecten van de MBT's. Wel bleek dat de ervaring van de therapeut met mindfulness een positief verband had met de resultaten van de training. De auteurs vragen zich af of de kwaliteit van de meditaties en de groepscohesie ook een belangrijke rol speelden.

Ook de praktijk blijkt dat therapeuten regelmatig feedback van hun patiënten krijgen over de moeilijkheid om langere meditaties in te passen in het dagelijks leven. In de loop van de behandeling en bij de follow-up sessies blijkt dat veel patiënten slechts deels de langere oefeningen doen. Dit in tegenstelling tot het nemen van een 'ademruimte', wat frequent gedaan wordt omdat dit ongeveer drie minuten in beslag neemt. Om de haalbaarheid van regelmatig mediteren en de therapietrouw te vergroten, valt in de praktijk vaak de keuze op korte meditaties (8 tot 15 minuten). In de loop van de therapie kan die tijdsduur geleidelijk wat verlengd worden.

Wetenschappelijke bevindingen en praktijkervaringen maken de behoefte duidelijk aan meer onderzoek naar de juiste dosering van de meditatieoefeningen en de noodzaak om na de training of therapie het oefenen te continueren. Bovendien is er te weinig bekend over de effectiviteit van verschillende mindfulness-oefeningen en hun tijdsduur bij specifieke stoornissen en doelgroepen. Voorlopig lijkt het raadzaam om te kiezen voor haalbare en dus mogelijk korte mindfulnessoefeningen die regelmatig gedaan worden in plaats van langere oefeningen die uiteindelijk niet goed in te passen zijn in het dagelijks bestaan. Er is op basis van de bevindingen uit de literatuur geen aanleiding om patiënten na afloop van een training of therapie te adviseren om de mindfulnessoefeningen te blijven doen.

Daarnaast is het van belang om de keuze van de mindfulnessoefeningen en de lengte aan te passen aan de aard van de problematiek en de (on)mogelijkheden van de patiënt. De toegenomen opmerkzaamheid leidt in het begin vaak tot het ervaren van meer onaangename gevoelens. Als dit problematisch is, met name bij klachten waar er veel angst is voor lichamelijke verschijnselen (zoals bij de paniekstoornis en hypochondrie) is het raadzaam om eerst korte oefeningen aan te bieden. In de oefeningen kan daarbij de aandacht gericht worden op externe stimuli (geluiden) of op mindfulness in beweging en bij dagelijkse activiteiten. In een latere fase kunnen oefeningen aangeboden worden die gericht zijn op lichamelijke gewaarwordingen. Chadwick (2007) beschrijft hoe zijn onderzoeksgroep na vier jaar ontwikkeling van een mindfulnessprogramma bij psychotische patiënten de oorspronkelijk lange meditaties uiteindelijk terug moest brengen tot een haalbare tijd van vier minuten.

Onderzoek naar mindfulness bij psychische stoornissen

De meeste mindfulness trainingen worden in de vorm van MBSR of MBCT gegeven. MBSR is aanvankelijk ontwikkeld voor mensen met lichamelijke klachten (chronische pijn/stress) en heeft daarmee een breed toepassingsgebied. MBCT is specifiek ontwikkeld voor mensen met terugkerende depressies, wordt meestal gebruikt bij deze groep, maar ook steeds meer bij andere stoornissen. Onderzoek naar de effectiviteit van de therapeutische toepassing van mindfulness is inmiddels goed op gang gekomen maar zijn er nog weinig gerandomiseerde onderzoeken met controlegroepen die de effectiviteit aantonen bij een aantal psychische stoornissen. Daartegenover staat dat er in de literatuur al veel beschrijvingen van toepassingen, niet-gecontroleerde studies en gevalbesprekingen te vinden zijn. Een recent overzicht hiervan is te vinden in Baer (2010). Hieronder worden een aantal studies besproken met het accent op RCT's en meta-analyses.

Depressieve klachten

De opkomst van de MBCT begon na twee gerandomiseerde onderzoeken die de effectiviteit van MBCT als terugvalpreventie-methode bij recidiverende depressieve episoden aantoonde. Het onderzoek van Teasdale et al. (2000) omvatte 145 patiënten met twee of meer depressies. De controlegroep was een "treatment as usual". Voor patiënten met twee depressieve episoden was de therapie niet effectiever dan de controlegroep. Voor patiënten met drie of meer depressies was er wel een effect. Gemeten over een periode van 60 weken viel 37% van de groep die MBCT kreeg terug, terwijl dit 66% was in controlegroep. De tweede studie van Ma en Teasdale (2004) met 75 patiënten leverde vergelijkbare resultaten op: 36% terugval in de MBCT-groep en 78% terugval in de controlegroep. Sinds 2000 zijn er diverse replicatie-studies gedaan die de effectiviteit van mindfulness bij recidiverende depressies bevestigen. In een recente RCT bij patiënten met drie of meer voorgaande depressieve episoden met en zonder huidige depressie werd MBCT vergeleken met een controlegroep (Van Aalderen et al., 2012). Aan het einde van de behandelperiode waren er significant minder depressieve symptomen. Patiënten maakten zich significant minder zorgen, peinsden significant minder, hadden significant meer mindfulness vaardigheden en een significant betere score voor de van kwaliteit van leven. MBCT resulteerde in een vergelijkbare afname van depressieve symptomen bij patiënten met en zonder een huidige depressieve episode.

Piet et al., (2011) deden een meta-analyse van zes RCT's over MBCT. Patiënten in de MBCT groep hadden significant minder kans op terugval bij recidiverende depressie in vergelijking met de controlegroep; het grootste verschil werd gevonden bij patiënten met ≥ 3 depressieve episoden. Acht studies die waren opgenomen in de meta-analyse van Klainin-Yobas (2012) et al. onderzochten het effect van MBSR op depressieve symptomen bij personen met diverse psychische stoornissen. MBSR lijkt effectief in het verminderen van depressieve symptomen in personen met psychische stoornissen. De effectiviteit van MBSR lijkt vergelijkbaar met de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie.

In de meta-analyse van Klainin-Yobas et al. (2012) waren ook 22 studies opgenomen die het effect van MBCT op depressieve symptomen onderzochten, bij mensen met diverse psychische stoornissen. MBCT bleek een middelgroot effect te hebben op het verminderen van de depressieve symptomen.

Geschwind et al. (2012) richtten zich op depressieve restsymptomen na minstens een depressieve episode. In deze RCT werden patiënten met depressieve restsymptomen toegewezen aan een MBCT groep (plus standaardbehandeling) of aan een controlegroep (voortzetten standaardbehandeling of wachtlijst). MBCT was significant beter in vergelijking met de controlegroep in het verminderen van depressieve restsymptomen. Er werd geen significant sterker effect van MBCT op depressieve restsymptomen gevonden bij personen met 3 eerdere depressieve episodes vergeleken met personen met 1 of 2 depressieve episodes.

Angststoornissen

In de meta-analyse van Vøllestad et al. (2012) waren vier studies opgenomen die het effect van MBSR op angstsymptomen onderzochten bij mensen met verschillende angststoornissen (sociale fobie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, depressie en angst). Alle studies laten een positief effect van MBSR op de reductie van angstsymptomen zien; in drie van de vier studies was er sprake van een significant effect.

Vøllestad et al. (2012) onderzochten ook de effecten van MBCT op angst. In deze meta-analyse waren negen studies opgenomen die allemaal een positief effect van MBCT op de reductie van angstsymptomen lieten zien; in vier van de acht studies was er sprake van een significant effect.

Gegeneraliseerde sociale fobie

In de RCT van Jazaieri et al., 2012. werd het effect van MBSR vergeleken met een actieve controlegroep (participanten moesten gedurende 8 weken minimaal 2 keer per week naar de sportschool) bij personen met een gegeneraliseerde sociale fobie. MBSR leidde tot de reductie van zelf gerapporteerde angst, depressie en stress symptomen direct na de interventie en drie maanden na de interventie en tot een toename van diverse welzijnsmaten direct na de interventie en drie maanden na de interventie. Ook beweging leidde tot de reductie van zelf gerapporteerde angst, depressie en stress symptomen direct en drie maanden na de interventie; en tot een toename van diverse welzijnsmaten direct en drie maanden na de interventie. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen beide interventies. De auteurs concludeerden dat zowel MBSR als beweging een rol kunnen spelen bij het verlagen van klinische symptomen in volwassenen met een sociale fobie.

Hypochondrie/gezondheidsangst

McManus et al. (2012) onderzochten het effect van MBCT (toegevoegd aan de standaardbehandeling) op gezondheidsangst, vergeleken met een controlegroep die alleen de standaardbehandeling kreeg. MBCT participanten hadden significant lagere gezondheidsangst dan de controlegroep, zowel direct na de interventie als na een jaar follow-up. Significanter minder participanten in de MBCT groep dan in de controlegroep voldeden aan de criteria voor de diagnose hypochondrie, zowel direct na de interventie als na een jaar follow-up (36,1% vs. 76,3%). De auteurs concludeerden dat MBCT nuttig kan zijn als toevoeging aan de gebruikelijke behandeling bij mensen met gezondheidsangst.

Meta-analyses bij heterogene psychische stoornissen

De RCT van Biegel et al. (2009) onderzocht het effect van MBSR bij heterogene psychische stoornissen (stemmingsstoornissen, angststoornissen, V-code stoornissen en andere stoornissen) bij adolescenten. In de studie werd MBSR (toegevoegd aan de standaardbehandeling) vergeleken met de standaardbehandeling (individuele- of groepspsychotherapie en/of medicatie). In vergelijking met de controlegroep vertoonde de MBSR groep een significant grotere diagnostische verbetering (verandering in percentage diagnoses) gedurende de studieperiode van vijf maanden en namen de Global Assessment of Functioning-scores (GAF)-scores significant toe. Ook had de MBSR groep in vergelijking met de controlegroep na vijf maanden significant minder zelf gerapporteerde symptomen van angst, depressie en somatisering en een verbeterd zelfvertrouwen. De effectgroottes voor deze zelf gerapporteerde symptomen waren consistent groot. De auteurs concludeerden dat MBSR een goede aanvulling kan zijn op de poliklinische behandeling van adolescenten met heterogene psychische stoornis.

Hofmann et al. (2010) deden een meta-analyse van 39 studies met in totaal 1140 deelnemers die een op mindfulness gebaseerde behandeling kregen voor diverse klachten variërend van psychische klachten bij kanker, gegeneraliseerde angst, depressie en andere psychiatrische klachten. Ze rapporteren de volgende resultaten: op mindfulness gebaseerde therapie heeft een gemiddeld groot positief effect op angst- en stemmingsklachten in alle studies. Toegespitst op patiënten met angst- en stemmingsklachten als hoofddiagnose waren de effecten groot en bleven behouden bij follow-up metingen na gemiddeld 12 weken.

In de meest recente meta-analyse (Khoury, et al. 2013) werden 209 studies onderzocht met in totaal 12145 deelnemers aan een op mindfulness gebaseerde therapie (MBT) bij diverse psychische klachten. De algemene resultaten lieten zien dat MBT een middel groot effect had. Vergeleken met cognitieve gedragstherapie was MBT niet effectiever. MBT liet grote en klinisch relevante effecten zijn in de behandeling van angst en depressie die behouden bleven bij follow-up metingen. Er waren minder drop-outs in vergelijking met cognitieve gedragstherapeutische behandelingen, wat zou kunnen wijzen op een grotere motivatie van deelnemers aan een MBT.

Het beschrijven van de effecten van mindfulness bij alle verschillende stoornissen valt buiten de opzet van dit hoofdstuk. Een actueel overzicht van vrijwel alle studies is te vinden op www.mindfulexperience.org. The Mindfulness Research Guide on this website is a comprehensive electronic resource and publication database that provides information to researchers, practitioners, and the general public on: the scientific study of mindfulness, including: a database of research publications in the area of mindfulness, measurement tools to operationalize mindfulness, interventions incorporating mindfulness techniques and universities and centers conducting mindfulness research.

Samengevat kan worden gesteld dat uit de resultaten van onderzoek tot nu toe op mindfulness gebaseerde interventies een goede aanvulling zijn op de bestaande behandelmethoden.

Het meten van mindfulness

Om de verschillende componenten van mindfulness te onderzoeken en te bepalen in welke mate bepaalde oefeningen mindfulness daadwerkelijk bevorderen zijn een aantal mindfulness vragenlijsten ontwikkeld. Er zijn momenteel zeven vragenlijsten om mindfulness te meten waarvan de bekendste hier kort genoemd worden.

De Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2004) is een zelfrapportage met vragen die de vaardigheid om de aandacht vast te houden en afleiding te weerstaan meten.

De Toronto Mindfulness Scale (TMS; Bishop et al., 2003) meet direct na de meditatie-oefeningen de opmerkzaamheid van innerlijke gewaarwordingen en met mate van reactiviteit daarop.

De Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004) meet vier aspecten: observeren, acceptatie zonder oordeel, beschrijven en handelen met opmerkzaamheid.

De Freiburg Mindfulness Inventory (FMI; Buchheld et al., 2002) meet: aandacht voor het huidige moment, niet-oordelende houding tegenover zelf en anderen, openheid voor negatieve geestestoestanden en inzicht.

Hoewel er bij onderzoekers overeenstemming is over de twee meest belangrijke aspecten van mindfulness (een opmerkzame en accepterende houding) is het nog onduidelijk hoe dit op de betrouwbare manier gemeten kan worden. Zie voor een onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van een aantal mindfulness vragenlijsten Baer et al. (2006).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, Baer et al. 2006) onderzochten ook de structuur van het concept mindfulness met behulp van vijf recent ontwikkelde mindfulness vragenlijsten. Ze komen tot de conclusie dat mindfulness vijf facetten heeft: benoemen, opmerkzaam handelen, niet-oordelen en niet-reageren en observeren. Benoemen is het kunnen beschrijven van ervaringen in woorden. Opmerkzaam handelen is het uitvoeren van activiteiten met actieve aandacht. Niet-oordelen is de afwezigheid van positief of negatief commentaar op gedachten of gevoelens. Niet-reageren is het toelaten van gevoelens en gedachten zonder te reageren op de automatische piloot. Observeren is het bewust blijven van ervaringen ook al zijn deze onaangenaam of pijnlijk.

Acceptatie wordt niet als een facet van mindfulness genoemd maar als een resultaat. Acceptatie ontwikkelt zich, bijvoorbeeld bij angst, onder de voorwaarde van niet-oordelen en niet-impulsief reageren vanuit de angst.

De items uit de onderzochte vragenlijsten die het beste de vijf facetten meten werden gecombineerd om de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) te vormen.

De vragenlijst is volgens de auteurs intern consistent en conceptueel consistent met de elementen van mindfulness zoals die in de gepubliceerde literatuur beschreven worden. Omdat de FFMQ de verschillende facetten van mindfulness apart kan meten, wordt hij veel in onderzoek gebruikt om te

bepalen welke facetten het meest belangrijk zijn in het verklaren van positieve psychologische veranderingen (Baer, 2010). Empirisch onderzoek naar de verschillende facetten van mindfulness is ook van belang omdat het beschrijvingen in heldere taal oplevert die het makkelijker maken om mindfulness aan patiënten uit te leggen.

Hoe werkt mindfulness?

Wetenschappelijk onderzoek naar de werkingsmechanismen van mindfulness is nog vrij recent. Een uitgebreid overzicht van een aantal verklaringsmodellen wordt gegeven in Baer (2010). Zij noemt: mindfulness, decenteren, psychologische flexibiliteit, waarden, emotieregulatie, zelfcompassie, spiritualiteit, veranderingen in het brein en veranderingen in aandacht en werkgeheugen.

Mindfulness: door de meditatieoefeningen worden patiënten meer opmerkzaam in hun dagelijks leven hetgeen leidt tot een groter welbevinden.

Decenteren: gedachten worden gezien als een tijdelijk iets dat niet noodzakelijk waar of belangrijk is, waar geen persoonlijke waarde aan gehecht hoeft te worden en waarop ook niet op een bepaalde manier gereageerd hoeft te worden.

Psychologische flexibiliteit: onaangename en ongewenste gedachten en gevoelens toe kunnen laten zonder inadequate tegenmaatregelen te nemen en je te gedragen conform je doelen en waarden.

Waarden: het bewust worden van belangrijke persoonlijke waarden en van daaruit handelen.

Emotieregulatie: het opmerken en toelaten van alle gevoelens die opkomen terwijl die ervaren worden zonder impulsief en automatisch, maar op een verstandige doelgerichte manier handelen.

Zelfcompassie: jezelf vriendelijk in plaats van veroordelend bejegenen, erkennen dat teleurstellingen en pijnlijke gevoelens deel uit maken van het menselijk bestaan, opmerkzaam blijven in moeilijke omstandigheden in plaats van er voor weg te lopen of er door meegesleurd te worden.

Veranderingen in het brein: mindfulness leidt tot veranderingen in de structuur en de functies van het brein die verband houden met verbeterde cognitieve en emotionele processen.

Veranderingen in aandacht en werkgeheugen: verbeterde aandachts-vaardigheden en een beter werkgeheugen dragen bij tot klachtenreductie en een beter psychologisch functioneren.

Naast deze werkingsmechanismen zijn er nog andere drie belangrijke verklaringsmodellen: het Interacting Cognitive Subsystems theorie (ICS), het boeddhistisch psychologisch model van mindfulness (BPM) en de therapeutische empathie.

Interacting Cognitive Subsystems theorie (ICS)

De ontwikkelaars van de MBCT (Teasdale et al., 1995) verklaren de werking van mindfulness vanuit de Interacting Cognitive Subsystems theorie (ICS), een informatieverwerkingsmodel. Het model veronderstelt geheugensystemen op meerdere niveaus. Alle binnenkomende informatie, intern of extern, wordt op twee manieren gecodeerd: propositioneel ('weten dat') en implicatieel ('voelen dat').

Propositionele opslag in het geheugen is in de vorm van cognities en kan met taal uitgedrukt en begrepen worden. Implicatieel opslag is breder en in de vorm van emotionele ervaringen en kan niet rechtstreeks in taal uitgedrukt worden. Voor veranderingen op dit niveau hebben verstandelijke interventies zoals psycho-educatie en het uitdagen van irrationele cognities hun beperkingen. Een veel gehoorde reactie van patiënten is dat ze verstandelijk wel weten wat ze moeten doen maar dat het gevoel iets anders zegt. Mindfulness interventies richten zich in de eerste plaats op wijziging van emoties op implicatieel niveau zonder de omweg te nemen van de woordelijke vertaling van betekenisverlening op propositioneel niveau (Baert et al., 2006).

Het boeddhistisch psychologisch model van mindfulness (BPM)

Grabovac, et al. (2011) hebben een boeiende verklaring waarbij ze een boeddhistisch psychologisch model van mindfulness (BPM) introduceren. Het BPM een stap-voor-stap beschrijving hoe onze gebruikelijke reacties van hechten aan aangename gevoelens en afwijzen van onaangename gevoelens leidt tot een reeks van mentale gebeurtenissen die lijden veroorzaken. Onze subjectieve

ervaring van iets bestaat feitelijk uit een stroom van zeer snel op elkaar volgende zintuiglijke indrukken, gevoelens en gedachten die waarvan we ons meestal niet bewust zijn. Elke ervaring heeft onmiddellijk en spontaan een 'gevoelston' die neutraal, aangenaam of onaangenaam is en die voorafgaat aan emoties, zoals angst of woede, en het bijbehorende gedrag.

Het bovengenoemde proces wordt op twee manieren kortgesloten: door aandachtstraining en door inzicht. Door verbeterde aandachtsvaardigheden wordt een disfunctioneel proces sneller herkent en kan de aandacht losgekoppeld worden van de gebruikelijke emotionele reactie en gericht worden op passend doelgericht gedrag.

Inzicht ontstaat doordat men zich door directe ervaringen bewust wordt van de drie meest fundamentele kenmerken van het bestaan die aanwezig zijn in alles wat men ervaart: vergankelijkheid, onbevredigendheid en geen-zelf.

- Vergankelijkheid: alles wat er is en wat we via onze zintuigen en via ons denken kunnen ervaren is voorbijgaand. Niets is blijvend, alles verandert voortdurend.
- Onbevredigendheid: er voortdurend ongemak, angst, verdriet, boosheid etcetera omdat alles steeds verandert en daardoor omdat nooit (blijvend) is zoals wij het willen.
- Geen-zelf: er is geen vast, blijvend of onafhankelijk "ik", "ego" of "zelf" te vinden dat ons voelen, denken en gedrag stuurt.

Het direct, lijfelijk keer op keer ervaren van deze drie samenhangende kenmerken leidt, volgens het BPM tot afname van psychische klachten en een gezonder psychologisch functioneren. In de boeddhistische traditie leidt dit uiteindelijk tot spirituele verlichting.

Therapeutische empathie

In de laatste decennia wordt steeds meer de nadruk gelegd op protocollaire behandelingen, evidence based medicine en op gerandomiseerde klinische trials waarbij de veronderstelling is dat specifieke therapeutische interventies (of psychofarmaca) volledig of grotendeels de effectiviteit van een behandeling verklaren. Meta-analyses (o.a. Lambert & Barley, 2002; Wampold, 2001) over tientallen jaren laten echter steeds zien dat de effectiviteit van therapie slechts voor een bescheiden deel verklaard wordt door specifieke therapeutische technieken. Hoewel bij sommige stoornissen specifieke interventies essentieel lijken te zijn, bijvoorbeeld exposure en responspreventie bij een obsessieve-compulsieve stoornis, zijn ze waarschijnlijk bij veel klachten weliswaar relevant maar worden ze over het algemeen overschat. De bijdragen van verschillende factoren aan het therapie succes worden geschat op: 15% vanuit therapeutische technieken, 40% door factoren buiten de therapie (leefsituatie, werk- en relatie etc.), 15% vanwege placebofactoren (positieve verwachtingen, vertrouwen) en 30% vanwege persoonlijke kwaliteiten van de therapeut en de therapeutische relatie.

Wat patiënten rapporteren als het meest positieve in de omgang met hun therapeut is het inlevend vermogen, warmte, begrip en acceptatie en de afwezigheid van de beschuldigen, negeren en afwijzen. Deze positieve aspecten worden gewoonlijk samengevat onder de noemer therapeutische empathie. Empathie is zowel een aangeboren factor als een vaardigheid die ontwikkeld kan worden. Davidson et al. (2003) vonden dat mindfulness-meditatie leidt tot activatie in hersengebieden die verband houden met medeleven. Grepmaier et al. (2007) vonden dat de behandelresultaten, gemeten met onder andere de SCL-90, van therapeuten in opleiding die mediteren significant hoger lagen dan van de niet-mediterende controle groep. Volgens Lutz (2008) houdt het verbeterde gewaarzijn van het eigen lichamelijke gewaarwordingen en reacties verband met toegenomen empathie.

Een aantal auteurs zoals Fulton (2005, 2008) stelt dat het beoefenen van mindfulness-meditatie door de therapeut niet alleen diens empathie bevordert maar ook andere aspecten van de therapeutische relatie positief beïnvloeden zoals een meer gerichte aandacht in de therapie, een grotere tolerantie voor emoties bij patiënten, een grotere acceptatie en een meer open houding.

De verschillende verklaringsmodellen van mindfulness zijn ingewikkeld voor behandelaars en patiënten. In de praktijk is behoefte aan een eenvoudig verklaringsmodel dat helder is en aansluit bij wat al bekend is over de werkingsmechanismen van andere psychologische interventies. Een verklaring die uitgaat van het reguleren van aandacht en emoties voldoet hieraan.

Aandachtregulatie als werkingsmechanisme

Aandachtsprocessen zijn in vrijwel alle omstandigheden cruciaal in de verwerking van informatie en gaan meestal voorafgaan aan andere processen in de hersenen.

Verstoorde aandachtsprocessen spelen grote een rol bij diverse psychische klachten. Koster et al. (2006) beschrijven hoe dit werkt bij angst en depressie. Personen met een verhoogde biologische kwetsbaarheid voor angststoornissen hebben een overmatige alertheid die leidt tot: (1) een verhoogde algemene afleidbaarheid; (2) een verhoogde mate van scannen van de omgeving naar bedreigende informatie; (3) selectief aandacht besteden aan bedreigende informatie in plaats van neutrale informatie; (4) een breed aandachtsveld voordat bedreiging gedetecteerd is; (5) een vernauwing van aandacht bij detectie van bedreiging. Deze vertekeningen in de selectie van informatie zorgen ervoor dat de wereld ervaren wordt als een onveilige plaats. Bovendien zorgen deze aandachtsvertekeningen ervoor dat informatie die angstige verwachtingen tegenspreekt minder toegankelijk is.

Bij depressie spelen soortgelijke verstoorde aandachtsprocessen een rol. Er is meer selectieve aandacht voor informatie die een sombere kijk bevestigt, negatieve herinneringen dringen zich makkelijker op en de aandacht wordt minder gericht op positieve informatie. Depressieve mensen hebben bovendien de neiging om te weinig aandacht te besteden aan positieve ervaringen (McCabe & Toman, 2000). Ook blijkt dat mensen in een sombere stemming hun aandacht minder weg richten van negatieve informatie vergeleken met normale proefpersonen.

Derryberry en Reed (1998) stellen dat er bij negatieve gevoelens een versmalling van de aandacht is, waardoor informatie buiten dat focus niet of onvoldoende verwerkt wordt. Positieve gevoelens daarentegen gaan samen met een brede, open aandacht (Fredrickson 2004). Verschillen in de breedte van de aandacht worden in verband gebracht met veranderingen in gedrag. Brede en verdeelde aandacht is gerelateerd aan toenaderingsgedrag en smalle gefocuste aandacht met vermijdingsgedrag (Förster et al. 2006; Förster & Higgins 2005).

Voor de meeste mensen is aandacht iets dat je, in meer of mindere mate, wel of niet hebt. Waar je je voor in moet inspannen (actieve aandacht) of dat vanzelfsprekend gaat (passieve aandacht). Aandacht is echter een complex fenomeen dat al meer dan honderd jaar een onderwerp is in de psychologie. Er zijn verschillende soorten aandacht die elkaar deels overlappen: gefocuste, volgehouden, selectieve en verdeelde aandacht. Training van deze aandachtsvaardigheden verbetert het meta-bewustzijn.

Gefocuste aandacht: opmerkzaam te zijn op één bepaalde stimulus, activiteit of taak

Volgehouden aandacht: de aandacht gedurende een langere tijd vast kunnen houden.

Selectieve aandacht of executieve aandacht: het vermogen om de aandacht te blijven richten terwijl er ook voldoende aandacht beschikbaar is om mogelijke nieuwe relevante zaken op te merken en niet-relevante dingen te negeren.

Verdeelde aandacht: het wisselen van aandacht, met name bij routine-bezigheden, tussen verschillende onderwerpen of taken.

De verschillende aandachtsprocessen gaan uiteraard samen met het aansturen en volhouden van het gewenste gedrag.

Het oefenen van de bovengenoemde aandachtsprocessen verbetert het meta-bewustzijn. Dit wordt ook wel 'metacognitieve aandacht' genoemd als het accent op het denken ligt: weten wat je denkt. De term "meta-bewustzijn" (meta-awareness) verwijst naar je bewust zijn van alles wat je ervaart via alle zintuigen en het denken. Bij meta-bewustzijn wordt er niet op de automatische piloot gehandeld maar op handbediening. In de literatuur worden veel termen gebruikt voor deze meta-positie: disidentification, neutral observer, re-perceiving, de-centering, defusion, distancing, en impartial spectator (Smalley, 2010). Verschillende studies ondersteunen de visie dat mindfulness deels werkt door het vergroten van het meta-bewustzijn (Teasdale, 1995, 2000 en 2002, Carmody, 2009, Hargus, 2010, Rapgay, 2011).

Onze hersenen reageren verschillend op externe en interne prikkels. De eerste manier wordt bottom-up, of wel stimulus-gecontroleerde aandacht genoemd. Deze vorm van aandacht wordt gestuurd door de eigenschappen van de prikkel. Een onverwacht geluid of pijn bijvoorbeeld trekt automatisch en onvrijwillig onze aandacht. De tweede wijze verloopt top-down, ook wel doelgerichte of executieve aandacht genoemd, en is onder de controle van de persoon. Bij bottom-up processen spelen hersengebieden een rol die evolutionair gezien oud zijn zoals de hersenstam. Bij top-down aandacht ligt de controle bij de nieuwere hersengebieden zoals de frontale cortex (Posner, 1990, 1998).

Top-down processen zijn ook betrokken bij het werkgeheugen dat optimaal functioneert als de 'ruis' van allerlei prikkels, zoals van emoties, goed gereguleerd wordt. Het werkgeheugen is een systeem met beperkte capaciteit. Om dit systeem efficiënt te laten functioneren moet irrelevante informatie verwijderd kunnen worden, zodat er nieuwe informatie kan worden opgenomen.

Mindfulness verbetert onder andere het werkgeheugen (Chiesa, 2011) en dat heeft positieve effecten op het omgaan met emoties.

Onraedt et al. (2011) vermoeden dat verstoorde werkgeheugenprocessen een risicofactor vormen voor depressie. Problemen bij het negeren en verwijderen van negatieve informatie uit het werkgeheugen houdt mensen met een depressie gevangen in een vicieuze cirkel van negatieve gedachten en gevoelens. Het trainen van de aandacht, met name selectieve en verdeelde aandacht spelen hierbij een belangrijke rol. Siegle et al. (2007) vonden aanwijzingen voor positieve effecten van werkgeheugentraining bij depressieve personen. Een optimale belasting van het werkgeheugen bij de behandeling van PTSS-klachten is onderzocht. Zowel oogbewegingen (EMDR) als aandachtig ademen tijdens het focussen op nare gedachten, beelden of lichamelijke sensaties zorgden grofweg in dezelfde mate voor een afname van de levendigheid en de emotionele lading (van den Hout, 2010).

Door veel te oefenen met mindfulness-meditaties leert men eigen aandachtsprocessen beter (her)kennen en te regelen. Dit leidt ertoe dat de aandacht minder automatisch gefixeerd raakt op bepaalde gevoelens of gedachten. De aandacht en energie is daardoor meer beschikbaar voor een breder landschap van ervaringen, die anders buiten beeld zouden blijven. Door herhaald oefenen wordt dit een nieuwe gewoonte (Carmody et al., 2009).

Emotieregulatie als werkingsmechanisme

Bij vrijwel alle psychische stoornissen nemen emoties een centrale plaats in. Emoties zijn een complex van cognities, fysiologische responsen en gedrag in relatie tot interne en externe prikkels. Ze leveren cruciale informatie over interne en externe gebeurtenissen. Ze motiveren tot actie en communiceren informatie naar anderen. Emotieregulatie is het proces waarmee mensen invloed uitoefenen op welke gevoelens ze wanneer willen hebben, hoe ze die ervaren en hoe ze er uiting aan geven.

Recente visies op psychische stoornissen, met name de transdiagnostische benadering en de Acceptance and Commitment Therapy, gaan er vanuit dat problemen met de emotieregulatie ten grondslag liggen aan alle psychische klachten (Hayes, 1996, Watson, 2005, Farchione, 2012). Patiënten gebruiken, ongeacht de aard van de negatieve heftige gevoelens, steeds dezelfde dysfunctionele strategieën als vermijding, onderdrukking en piekeren, die op korte termijn effect hebben maar op de lange termijn de symptomen juist verergeren. Comorbiditeit wordt hiermee verklaart evenals het feit dat het positieve effect van behandeling van de ene naar de andere stoornis generaliseert (Barlow e.a., 2011).

Mindfulness interventies verschillen op een belangrijk punt van de standaard cognitieve gedragstherapeutische en andere behandelingen omdat ze streven naar een tolerante houding tegenover gevoelens in plaats van ze direct te proberen om gevoelens en/of de inhoud van de gedachten te veranderen. Naast het regelen van de aandacht wordt bij het mediteren geleerd om afleidingen op te merken en er niet verder op in te gaan. Omdat emoties de moeilijkste afleidingen zijn is mindfulness een voortdurende confrontatie met lastige gevoelens in het lichaam en gedachten in het hoofd. Bovendien leidt een scherpere waarneming tot meer informatie en inzicht in de achterliggende factoren (emotioneel bewustzijn) zoals de oorzaak van gevoelens en het verband met onaangename herinneringen aan eerdere gebeurtenissen die opgeroepen worden. Mindfulness werkt als exposure. Goleman (1988) noemt daarom het resultaat van meditatie "global desensitization". In de MBCT zijn er specifieke meditaties gericht op gevoelens zoals meditatie met een moeilijkheid (Segal, 2013).

Onderbouwing van emotieregulatie als belangrijkste werkingsmechanisme is te vinden bij Chambers (2009), Treanor (2011), Hill (2012) en Rappay (2011, 2013).

Chiesa (2013) geeft een uitvoerige beschrijving van de gebieden en de processen in de hersenen die betrokken zijn bij de toepassing van mindfulness als emotieregulatie strategie.

Sommige onderzoekers veronderstellen dat mindfulness een top-down is en anderen dat het een bottom-up emotieregulatiestrategie is.

De hypothese die de meeste ondersteuning krijgt vanuit breinonderzoek is dat bij beginnende beoefenaars de voordelen van meditatie vooral komen door een betere top-down regulatie vanuit de prefrontale cortex naar het limbisch systeem. Naar mate de ervaring met meditatie toeneemt spelen bottom-up processen een grotere rol. Hoewel er een graduele verschuiving plaatsvindt van top-down naar bottom-up blijven beide processen een rol spelen bij de regulatie van emoties (Chiesa, 2013).

Samengevat:

Dat mindfulness werkt omdat het de aandacht- en emotieregulatie traint geeft patiënten en behandelaars houvast. Dit kan eenvoudig aan patiënten worden uitgelegd met alledaagse voorbeelden of met behulp van een recente probleemsituatie die de patiënt onlangs zelf heeft meegemaakt.

Er is bij emotionele problemen altijd sprake van een aanleiding die gevolgd wordt door onaangename, pijnlijke gevoelens. Hierop ontstaat een afwijzende reactie: dit is vervelend, dit wil ik niet en het moet ophouden. Daarna worden er tegenmaatregelen genomen om de vervelende lichamelijke reacties en gedachten op te lossen door een bepaalde manier van denken en handelen. Door de aandacht te trainen wordt men zich sneller bewust van dit patroon en kan men beter de aandacht bij de taak houden zonder direct impulsief en automatisch te reageren. Men leert, als het

ware op afstand, de eigen toestand en activiteiten waar te nemen. Dit levert niet alleen inzicht op maar geeft ook de ruimte en de keuze om op een andere, passende manier te reageren. Bovendien wordt bij het mediteren geleerd om afleidingen op te merken en er niet verder op in te gaan. Omdat gevoelens de moeilijkste afleidingen zijn is mediteren een voortdurend leerproces in het flexibel omgaan met lastige lichamelijke reacties en gedachten. Deze combinatie van het oefenen van de aandacht en het omgaan met gevoelens zorgt voor een afname van psychische problemen en een betere gezondheid.

De literatuurlijst bij deze tekst is te vinden in *Mindfulness and Schema Therapy: A Practical Guide*.